

Wskazania do leczenia ortodontycznego wg metody opartej na faktach

Indication for orthodontic treatment according to Evidence Based Method

Bartłomiej W. Loster¹
Stephen Williams²
Maria Iwanecka-Zduńczyk³
Agnieszka Machorowska-Pieniążek⁴
Teresa Matthews-Brzozowska⁵
Katarzyna M. Miśków⁶
Elżbieta Pawłowska⁷
Beata Kawala⁸

^{1,2} Katedra i Zakład Ortodondcji ISWL UJ CM, Kraków

³ Konsultant ds. ortodondcji woj. śląskiego, Katedra Dysfunkcji Narządu Żucia i Ortodondcji SUM, Zabrze

⁴ Katedra Dysfunkcji Narządu Żucia i Ortodondcji SUM, Zabrze

⁵ Katedra i Klinika Ortopedii Szcękowej i Ortodondcji UMP, Poznań

⁶ Konsultant ds. ortodondcji woj. warmińsko-mazurskiego, Eurodental Stomatologia, Prywatna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna, Poradnia Ortodontyczna, Olsztyn

⁷ Zakład Ortodondcji, Katedra Stomatologii Wieku Rozwojowego, UM, Łódź

⁸ Konsultant Krajowy ds. ortodondcji, Katedra i Zakład Ortodondcji WUM, Wrocław

Okluzja zębów jest efektem rozwoju kostnego twarzowej części czaszki oraz zębowo-wyrostkowej kompensacji. U każdej osoby połączenie różnych czynników niekoniecznie musi tworzyć przeciętny czy nawet idealny wzorzec, który jednak będzie klinicznie uznawany za okluzję akceptowalną. Nigdy nie będzie możliwe, a co więcej - nie jest to konieczne - aby całą populację leczeniem ortodontycznym doprowadzić do okluzji uznawanej za idealną. Bardziej należałoby ograniczać nasze wysiłki do leczenia pacjentów dla których wada może stanowić czynnik ryzyka dla utrzymania zdrowia jamy ustnej i ogólnego dobrostanu. Lekarz ortodonta musi również być świadomy potencjalnych zagrożeń jatrogennych układu stomatognatycznego, które mogą być efektem leczenia ortodontycznego. Może to być na przykład choroba próchnicowa, uszkodzenia przyzębia, błony śluzowej, ale również zaburzenia funkcji zarówno mięśniowe jak i te odnoszące się do stawu skroniowo-żuchwowego. Decyzja dotycząca rozpoczęcia leczenia ortodontycznego musi być oparta na realistycznym postrzeganiu korzyści, które są możliwe do osiągnięcia w wyniku podjętego leczenia w porównaniu z ryzykiem wiążącym się z podejmowanym leczeniem ortodontycznym. Nie należy pomijać też czynnika ekonomicznego.

Na tej podstawie, Konsultant Krajowy w dziedzinie Ortodondcji w Polsce, powołał Ortodontyczną Komisję złożoną ze specjalistów w dziedzinie ortodondcji, której powierzył zadanie opracowania wskazań do leczenia ortodontycznego, które obowiązywałyby na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. W skład grupy roboczej weszło siedmiu specjalistów w dziedzinie ortodondcji. Jeden z członków wcześniej był przedstawicielem grupy, która była odpowiedzialna za wprowadzenie systemu opieki ortodontycznej w Danii. Punktem wyjścia była analiza różnych systemów wskazań do leczenia ortodontycznego, które obowiązują w różnych krajach Europy oraz analiza ryzyka relacji pomiędzy wadą okluzji i zdrowiem jamy ustnej. Efektem tej części pracy były dwie wcześniejsze publikacje (1,2).

Głównym efektem pracy powołanej Komisji było przyjęcie czterech stanowisk:

1. Każdemu dziecku w wieku 9 lat powinna być przedstawiona możliwość specjalistycznego badania ortodontycznego stanu okluzji.
2. Do wyboru pacjentów do leczenia ortodontycznego Komisja jednoznacznie rekomenduje, przedstawioną poniżej, Metodę Opartą na Faktach (The Evidence Based Method).

3. Wynik przeprowadzonego badania klinicznego powinien być zarejestrowany na wystandaryzowanym formularzu, który został opracowany przez powołaną Komisję na podstawie wcześniej opracowanego wzorca (3) – zobacz załącznik nr 1.
4. U każdego badanego dziecka powinno być przeprowadzone ortopantomograficzne badanie radiologiczne w celu potwierdzenia obecności wszystkich zębów stałych oraz dla oceny ogólnego rozwoju. Wynik takiego badania powinien być wydany pacjentowi razem z formularzem badania.

Dziecko powinno być osobiście zbadane przez lekarza ortodontę co oznacza, że badanie nie powinno być przeprowadzone tylko na modelach diagnostycznych. Wynik badania powinien być efektem oceny rozwoju uzębienia i okluzji, morfologii okluzji, czynności, a także cech estetycznych, w tym profilu twarzy i kompetencji warg. Należy również zwrócić uwagę na wzorec wzrostu twarzy, a w szczególności żuchwy oceniając relację okluzji w czasie badania i przewidywanego rozwoju szczęk.

Efektom badania jest przyporządkowanie pacjenta do jednej z czterech grup:

1. Wskazane leczenie ortodontyczne potwierdzone obecnością co najmniej jednego czynnika wskazującego potrzebę leczenia ortodontycznego.
2. Brak wskazań do leczenia ortodontycznego u pacjentów, u których nie stwierdzono czynników wskazujących na potrzebę leczenia ortodontycznego co oznacza, że rozwijająca się okluzja jest całkowicie akceptowalna.
3. Stwierdzono niewielką wadę (małe rozbieżności). Oznacza to, że rozwój zgryzu jest akceptowalny, ale nie jest doskonały. Żaden z obserwowanych czynników nie jest odbierany jako oczywiste wskazanie do leczenia choć zauważalne są niewielkie rozbieżności, które nie są odbierane jako przyszłe zagrożenie.
4. Grupa obserwacyjna. Ogólnie akceptuje się, że przeglądowe badanie ortodontyczne jest wykonywane 9-10 roku życia. Naturalne jest, że w tym wieku obserwuje się jeszcze niewyrżnięte zęby, a dojrzałość kostna znajduje się przed okresem maksymalnego wzrostu. W niektórych przypadkach utrudnia to podjęcie decyzji o określeniu wskazania do leczenia ortodontycznego lub jego braku. Zakwalifikowanie pacjenta do tej grupy daje możliwość przeprowadzenia ponownej oceny rozwoju zgryzu w późniejszym terminie.

Poniżej przedstawiono listę wad zgryzu, która według przyjętej Metody Opartej na Faktach stanowi wskazania do leczenia ortodontycznego:

- niewyrżnięte, przemieszczone zęby bez wskazania do ekstrakcji,
- powiększony nagryz poziomy, w którym zęby sieczne nie są chronione przez wargę,
- duże stłoczenie, szczególnie zębów siecznych górnych lub okolicy kłów,

- zgryz głęboki z drażnieniem tkanek miękkich,
- przechylenie górnych zębów siecznych w połączeniu z niekorzystnym wzorcem wzrostu,
- ujemny nagryz poziomy (obejmuje cztery siekacze) ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji i/lub z silną zębowo-wyrostkową kompensacją (Ujemny nagryz poziomy (ang. negative overjet) określa cztery dolne zęby sieczne przed górnymi w odróżnieniu do "zgryzu krzyżowego przedniego" ("anterior cross-bite"), gdzie 1-3 zębów przednich występuje przed górnymi siekaczami),
- zgryz krzyżowy przedni (obejmuje 1-3 siekacze) ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji,
- czynnościowe boczne przemieszczenie żuchwy,
- brak zęba lub zębów w przypadkach, gdzie leczenie ortodontyczne może stanowić alternatywę do leczenia protetycznego,
- zgryz krzyżowy boczny lub przewieszony w połączeniu ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji,
- zgryz otwarty niepołączony z ekstremalnym wzorcem wzrostu,
- atrycja zębów nieodpowiadająca wiekowi pacjenta,
- uraz.

Dodatkową, specjalną grupą wskazań do objęcia opieką ortodontyczną stanowią pacjenci u których stwierdza się:

- zaburzenia układu ruchowego narządu żucia w powiązaniu z zaburzeniami okluzji,
- perspektywiczną konieczność leczenia chirurgicznego (pacjenci ortognatyczni),
- syndrom zaburzeń rozwojowych,
- stan po rozszczepie wargi i/lub podniebienia.

Zagrożenia dla zdrowia jamy ustnej powiązane z wadami zgryzu, reprezentujące szereg czynników, które powinny być wzięte pod uwagę dla określenia potrzeb leczenia ortodontycznego, zostały przedstawione w poprzedniej publikacji (2).

Biorąc pod uwagę fakt, że wada zgryzu stanowi rodzaj zniekształcenia Komisja opracowała również rekomendacje zastosowania szeregu czynników, które mogłyby być użyte do opisu akceptowalnej okluzji i mogły by być zastosowane w połączeniu z procesem włączania pacjenta lub nie do grupy kwalifikującej do leczenia ortodontycznego.

Przegląd głównych czynników, które można uznać za istotne do oceny akceptowalnych cech okluzji zostały wymienione poniżej.

Kształtowanie i wyrzynanie:

- wszystkie zęby powinny być wyrżnięte do poziomu płaszczyzny okluzyjnej.

Morfologia:

- dobry kontakt zębów siecznych w przypadkach wskazujących na doprzednio rotacyjny wzorec wzrostu.

Czynność:

- okluzja powinna być wielopunktowa (co najmniej 4 punkty na powierzchniach bocznych i dwa na siekaczach,
- niezaburzona protruzja i laterotruzja – bez zgryzu wymuszonego i ze swobodą w centrum okluzji,
- dobry kontakt zębów siecznych w połączeniu z ruchem protruzyjnym żuchwy.

Estetyka:

- akceptowalne warunki estetyczne, szczególnie w rejonie górnych i dolnych siekaczy,
- dobry kontakt warg w pozycji spoczynkowej,
- uszkodzenia zębów,
- brak widocznych oznak atrycji będącej skutkiem wady okluzji.

W podsumowaniu można stwierdzić, że wprowadzenie zaprezentowanego systemu pozwoli przejąć kontrolę nad

“zdrowiem ortodontycznym” wszystkich dzieci w Polsce. Stworzy on transparentne zasady wskazujące który pacjent, biorąc pod uwagę wskazania medyczne, powinien być leczony ortodontycznie. Oznacza to, że osoby z mniejszymi wadami będą mogły być leczone bez refundacji ze środków publicznej opieki zdrowotnej. W naszej populacji poziom wad zgryzu przekracza 70% i nie jest możliwe, a co więcej nie jest konieczne, aby każda z tych osób była leczona ortodontycznie. Dlatego też powołana Komisja opracowała system, który daje szansę objęcia aktywną opieką ortodontyczną około 30% młodej populacji, a co jest równie ważne - wprowadzi możliwość szybszego kontaktu ze specjalistą, lekarzem ortodontą tych pacjentów, którzy rzeczywiście takiej pomocy potrzebują.

Załącznik nr 1

Metoda oparta na faktach: kwestionariusz określający ortodontyczne potrzeby lecznicze.

WSKAZANIA DO LECZENIA ORTODONTYCZNEGO	tak / nie
Niewyróżnione, przemieszczone zęby bez wskazania do ekstrakcji	
Powiększony nagryz poziomy, w którym zęby sieczne nie są chronione przez wargę	
Duże stłoczenie, szczególnie zębów siecznych górnych lub okolicy kłów	
Zgryz głęboki z drażnieniem tkanek miękkich	
Przechylenie górnych zębów siecznych w połączeniu z niekorzystnym wzorcem wzrostu	
Ujemny nagryz poziomy ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji	
Zgryz krzyżowy przedni ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji	
Czynnościowe boczne przemieszczenie żuchwy	
Brak zęba lub zębów w przypadkach, gdzie leczenie ortodontyczne może stanowić alternatywę do leczenia protetycznego	
boczny górny siekacz <input type="text"/> przedtrzonowiec <input type="text"/>	
Zgryz krzyżowy lub przewieszony w połączeniu ze zgryzem wymuszonym lub brakiem swobody w centrum okluzji	
Zgryz otwarty niepołączony z ekstremalnym wzorcem wzrostu	
Atrycja zębów stałych	
Uraz	
Wzorec wzrostu z powiększonym kątem relacji podstaw (NL/ML > 25°)	

Zaburzenia
URNŻ:

Perspektywiczne
leczenie chirurgiczne:

Syndrom:

Rozszczep:

Leczenie wskazane	Brak wskazań	Mała wada	Grupa obserwacyjna

Piśmiennictwo / References

1. Williams S, Loster BW. The selection of patients for orthodontic therapy. Part one: Indication and justification of orthodontic therapy. J Stoma 2016; 69: 1.
2. Williams S, Loster BW. The selection of patients for orthodontic therapy. Part two: Principles and practical aspects of selection of patients for orthodontic therapy. J Stoma, 2016; 69: 2.

3. Niżankowska-Jędrzejczyk A. Selection of patients for orthodontic treatment: the effect of the decision-making system employed. A Polish epidemiological study. J Stoma, 2015; 68: 648-60.